

*“Il sistema di protezione e cura
delle persone non autosufficienti.
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare
Coordinatore: Cristiano Gori*

LO SVILUPPO DELL'OFFERTA DEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Franco Pesaresi , Enrico Brizioli

Introduzione

La presentazione è costituita da tre parti:

1. L'assistenza residenziale per gli anziani;
2. L'assistenza semiresidenziale;
3. Il costo complessivo delle ipotesi di sviluppo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale

Parte prima: Lo sviluppo dell'assistenza residenziale

Indice

1. Le criticità attuali
2. Introduzione al complesso delle alternative di riforma
3. Illustrazione di ogni singola alternativa

Le criticità attuali dell'assistenza residenziale

Le criticità attuali 1

L'offerta di servizi residenziali è estremamente squilibrata. L'offerta di posti letto residenziali per anziani va dallo 0,5% degli anziani della Basilicata al 5,0% della provincia autonoma di Trento.

L'offerta di assistenza residenziale stenta ad incontrare la domanda che chiede strutture di qualità per anziani non autosufficienti (la riconversione in strutture protette è ancora lenta in molte parti d'Italia).

Le criticità attuali 2

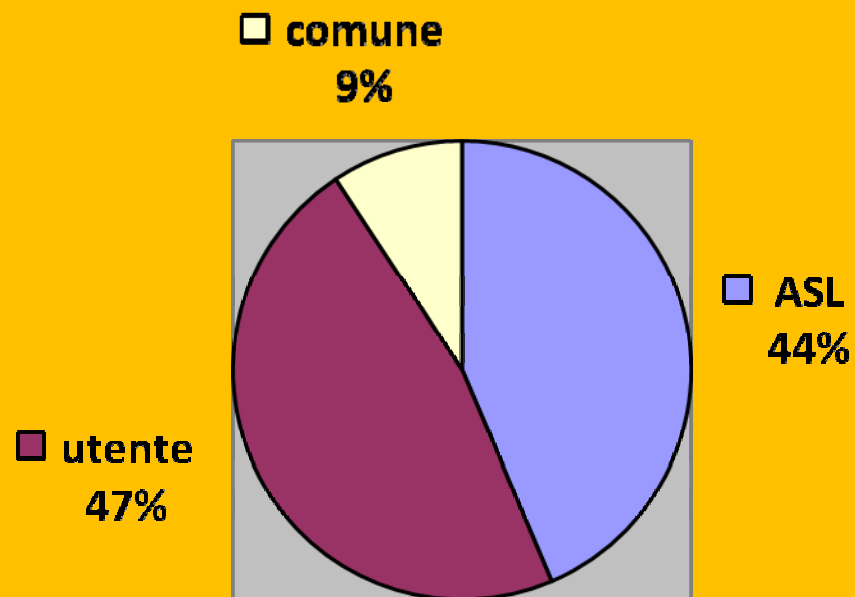
Gli utenti e le loro famiglie si fanno carico della metà (47%) del costo dell'assistenza residenziale mentre il Servizio sanitario fornisce un contributo ancora insufficiente (vedi slide 7) (in diverse regioni non raggiunge il 50% previsto dai LEA per le strutture protette).

Una situazione difficile per gli utenti tenuto conto che nella maggior parte dei casi le rette di degenza superano l'importo delle pensioni (le rette variano da 50 a 145 euro al giorno con una quota richiesta all'utente che varia mediamente dai 30 ai 65 euro).

Chi paga la spesa residenziale per anziani?

Costo al mese: RA 1.528; RSS 2.454; RSA 2.702

Fig. 2 - Ripartizione della spesa per assistenza residenziale per anziani. Italia 2004



Le principali ipotesi

Le ipotesi

Per superare le criticità indicate si evidenziano 4 ipotesi che coprono le principali ipotesi maturate nel dibattito nazionale.

L'idea di fondo è quella di dare applicazione (con qualche piccola variante) ai contenuti principali del documento della Commissione nazionale LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali (2007) valutandone gli aspetti applicativi e i costi per quel che riguarda lo sviluppo del settore, insieme all'obiettivo di ridurre gli oneri a carico delle famiglie.

Gli obiettivi complessivi

Favorire il completamento della riconversione delle case di riposo in case/residenze protette;

Promuovere lo sviluppo dei soli posti letto per non autosufficienti (ma in modo più contenuto rispetto al documento 2007 della Commissione LEA);

Modificare le quote di partecipazione alla spesa delle strutture residenziali;

Definire le modalità di accesso attraverso la valutazione multidimensionale.

Le 4 ipotesi

1. Nessun cambiamento
2. La modifica delle regole del gioco
3. Sviluppo dell'offerta a 3 anni
4. Lo sviluppo dell'offerta residenziale

Ipotesi 1: nessun cambiamento

- NESSUN CAMBIAMENTO nell'offerta dei servizi residenziali e nelle regole di ripartizione della spesa.
- Rimangono i problemi relativi ad un basso livello dell'offerta per i non autosufficienti e a costi eccessivi per le famiglie.
- Il mantenimento della situazione porterebbe ad un aumento delle liste d'attesa e delle rette.

Ipotesi 1: Nessun cambiamento

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	Non ci sono maggiori costi.
Efficacia	Aumento delle liste d'attesa. Efficacia ridotta.
Equità	Attuale sistema contraddistinto da un livello molto basso di equità.
Differenze territoriali	Mantenimento delle ampie differenze fra le varie regioni.
Fattibilità	Non richiesto alcuno sforzo organizzativo.
Welfare futuro	Incapacità di far fronte al futuro aumento del numero degli anziani non autosufficienti.

Ipotesi 2: la modifica delle regole del gioco

In questa ipotesi sono presenti tutte le modifiche relative all'assistenza residenziale proposte nel cap. 11 (suddivisione della spesa) e relative slides a cui in buona parte si rimanda.

L'ipotesi prevede:

- RSA con quota sanitaria al 60%;
- Quota sanitaria al 70% per i disabili gravi indipendentemente dalla struttura di ricovero;
- Fasi intensive ed estensive dell'assistenza sempre a carico della sanità.

RSA: quota sanitaria al 60%

Attualmente la norma nazionale prevede una ripartizione della spesa a metà fra sociale e sanitario sia per le RSA che per le residenze protette. Le RSA ospitano anziani con bisogni sanitari più importanti delle RP e quindi garantiscono livelli assistenziali sanitari più elevati che comprendono la copertura sanitaria nelle 24 ore. Questo spiega un maggior onere sanitario. Diverse regioni stanno già applicando percentuali di spesa sanitaria superiore al 50%.

Applicazione del 70% di spesa sanitaria già prevista dal DPCM sui LEA per tutti i disabili gravi indipendentemente dalla struttura di lungoassistenza di ricovero.

In Italia sono presenti almeno tre tipologie di strutture residenziali per disabili (RSA, strutture protette, strutture a carattere comunitario). La riorganizzazione di questo settore è in ritardo nelle varie regioni per cui disabili nelle stesse condizioni di gravità sono trattati in modo disforme. Ipotesi: transitoriamente, in attesa delle riorganizzazioni regionali, si applichi la quota di ripartizione dei costi di legge per tutti i disabili gravi con certificazione di cui alla L. 104/1992 indipendentemente dalla struttura residenziale in cui sono collocati.

Assegnazione delle fasi intensive ed estensive dell'assistenza alla spesa sanitaria

DPCM 14/2/2001 e DPCM 29/11/2001 assegnano le fasi dell'assistenza estensiva e intensiva alla sanità ma con tre eccezioni (centri diurni per anziani e disabili, aiuto infermieristico ADI). Inoltre non viene definita la loro durata.

Occorre dare coerenza alla normativa superando le eccezioni e definendo nel contempo la durata delle fasi estensive ed intensive (ADI: 60 gg. in caso di dimissione da ospedale o RSA; CD anziani o disabili, RS per disabili gravi: 45 gg. In caso di dimissione da ospedale o strutture residenziali; RSA: 60 gg..

Le ragioni

- Questa ipotesi si pone soprattutto l'obiettivo di migliorare l'equità nell'applicazione regionale dei LEA sociosanitari, di ridurre i costi degli assistiti e di perseguire l'effettiva rispondenza dei costi alla loro natura sociale o sanitaria.
- Questo obiettivo si persegue trattando allo stesso modo disabili nelle stesse condizioni di gravità ma che per ritardi organizzativi sono collocati in strutture diverse. Inoltre si riducono giustamente anche gli oneri a carico dell'anziano n.a. e del disabile grave che pagherebbero rispettivamente il 40% nelle RSA e il 30% in qualunque struttura per disabili.

Ipotesi 2: la modifica delle regole del gioco

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	Maggior spesa pari a 378 milioni di euro.
Efficacia	Riduzione costi a carico degli assistiti. Percezione degli assistiti di maggiore giustizia.
Equità	Maggiore equità: il trattamento ricevuto dagli assistiti è rapportato alle condizioni di salute
Differenze territoriali	Riduzione delle differenze fra le regioni, generalizzando alcuni interventi già attuati in numerosi territori.
Fattibilità	Le proposte sono realizzabili abbastanza facilmente, non richiedono trasformazioni organizzative.
Welfare futuro	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA per anziani. L'impatto dei provvedimenti relativi ai disabili gravi dovrebbe ridursi nel tempo.

Ipotesi 3: sviluppo dell'offerta a 3 anni; riconversione più che sviluppo

La previsione, nel medio periodo, è quella del completamento del processo di riconversione delle strutture che da residenze collettive per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti passano a quelle per non autosufficienti.

Si ipotizza che nei prossimi 3 anni non si verifichino delle modificazioni significative nell'offerta quantitativa complessiva di posti letto ma che all'interno di queste si realizzino modificazioni significative nella tipologia delle strutture con un aumento dei moduli per Alzheimer e delle residenze protette con contestuale riduzione delle residenze assistenziali (vedi slide 21).

Posti letto per 1.000 anziani: situazione e prospettive future

	Commissione LEA Anziani	Situazione al 2005	Nostra ipotesi fra 3 anni (ipotesi 3)	Nostra ipotesi fra 6 anni (ipotesi 4)
RSA	8,4	8,0	8,3	8,3
RSA Alzheimer	6,2	0,3	1,6	3,0
Residenze protette	25,0	8,2	9,8	15,0
Residenze assistenziali	-	6,4	3,2	2,0
TOTALE	40,0	22,9	22,9	28,3

Ipotesi 3: Riconversione dell'offerta residenziale

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	Maggior spesa pari a 889 milioni di euro (considerando anche l'ipotesi 2).
Efficacia	L'aumento di posti letto per non autosufficienti risponde alla principale necessità. L'intervento è pertanto efficace.
Equità	Migliora l'equità dato che un maggior numero di anziani non autosufficienti o con Alzheimer vengono ospitati in strutture dedicate.
Differenze territoriali	Le differenze territoriali quantitative non si riducono in modo significativo. Quelle qualitative invece dovrebbero ridursi.
Fattibilità	Il processo di riconversione ha bisogno di investimenti e di norme che accompagnano il percorso.
Welfare futuro	Passaggio obbligato che migliora il sistema di welfare con un costo sopportabile nel tempo.

Ipotesi 4: Sviluppo dell'offerta residenziale

Superata la fase della riconversione delle strutture, si ipotizza una crescita – a 6 anni – che raggiunga il 2,8% dei posti letto rispetto agli anziani (+24% in 3 anni).

Si prevede una ulteriore crescita delle residenze/case protette e dei moduli Alzheimer a fronte di una ulteriore caduta delle residenze assistenziali (vedi slide 21).

Ipotesi 4: Lo sviluppo dell'offerta residenziale

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	Maggior spesa sanitaria di 2.168 milioni di euro annui, incorporando la parte sulle RSA dell'ipotesi 2.
Efficacia	Aumenta l'efficacia perché si interviene sulle liste d'attesa.
Equità	Può aumentare l'equità nell'accesso alle strutture se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.
Differenze territoriali	Possono ridursi le differenze territoriali se si introducono norme per sviluppare l'offerta soprattutto nelle regioni del sud.
Fattibilità	Legata soprattutto al reperimento di risorse aggiuntive.
Welfare futuro	Il sistema di welfare deve pensare ad una diversa ripartizione delle risorse per far fronte al peso crescente delle patologie croniche ed invalidanti.

L'Assistenza residenziale: Le stime della maggior spesa

Ipotesi	Maggior costo sanitario (mln €)	Note
1. Nessun cambiamento	0	
2. La modifica delle regole del gioco	378	Il calcolo comprende 312 mln. Per l'aumento della quota sanitaria delle RSA per anziani e 66,2 mln. Per i disabili gravi
3. La riconversione dell'offerta residenziale	889	Il calcolo comprende 312 mln. Per l'aumento della quota sanitaria delle RSA per anziani che passa dal 50% al 60% (ipotesi 2)
4. Lo sviluppo dell'offerta residenziale	2.168	Il calcolo comprende 312 mln. Per l'aumento della quota sanitaria delle RSA per anziani che passa dal 50% al 60% (ipotesi 2)
Totale delle ipotesi	2.234	Il totale comprende la spesa dell'ipotesi 4 + 66,2 mln relative alla modifica delle quote sanitarie per l'ass. residenziale per i disabili

IL RIEQUILIBRIO DELL'OFFERTA

Le simulazione effettuate (1. crescita delle 10 regioni più lontane dall'obiettivo; 2. crescita differenziata delle regioni; 3. stessa crescita percentuale per tutte le regioni) hanno evidenziato criticità significative in ognuna delle ipotesi prospettate per ridurre gli squilibri nell'offerta.

Ci pare comunque opportuna una crescita differenziata che tenga conto dei diversi bisogni delle regioni (da verificare utilizzando anche i dati sulle liste d'attesa).

Occorrerebbe comunque: 1. un ruolo culturale autorevole dei ministeri interessati; 2. la collaborazione attiva delle regioni; 3. un efficiente sistema di monitoraggio dell'offerta e della domanda; 4. la possibilità di incentivare i percorsi virtuosi.

Aspetti questi che nel complesso sono molto difficili da gestire a livello nazionale permanendo il quadro normativo attuale.

Parte seconda: Lo sviluppo dell'assistenza semiresidenziale

Indice

1. Le criticità attuali
2. Introduzione al complesso delle alternative di riforma
3. Illustrazione di ogni singola alternativa

I centri diurni: le criticità

- Dati fortemente carenti per quantità e qualità rendono difficile l'interpretazione della situazione relativa alle strutture semiresidenziali.
- L'offerta sembra comunque carente e disomogenea sul fronte degli anziani non autosufficienti con particolare riferimento ai malati di Alzheimer insieme ad una forte disomogeneità nelle norme di accesso alle strutture.
- Nelle strutture per anziani vengono spesso accolti, con le medesime regole, sia quelli non autosufficienti sia quelli parzialmente autosufficienti.

LE IPOTESI DI RIFORMA

Si prospettano 4 ipotesi che puntano ad uno sviluppo contenuto del settore:

1. Nessuna cambiamento;
2. Si modificano le quote di ripartizione relative agli anziani prevedendo due tipologie di servizio: una per anziani non autosufficienti ed un'altra per gli anziani parzialmente non autosufficienti;
3. Crescita dell'offerta dei centri diurni per anziani fino a 1,50 posti per mille anziani entro il 2012;
4. Crescita dell'offerta dei centri diurni per anziani fino a 1,87 posti per mille anziani entro il 2015.

Ipotesi 1: nessun cambiamento

- NESSUN CAMBIAMENTO nell'offerta dei servizi semiresidenziali e nelle regole di ripartizione della spesa.
- Rimangono i problemi relativi ad un basso livello dell'offerta per gli anziani non autosufficienti.
- Questa fase prevede che le regioni recepiscano la ripartizione dei costi prevista dal decreto sui LEA. La maggioranza delle regioni non l'ha ancora fatto.

Ipotesi 1 CD: Nessun cambiamento

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	L'intervento può determinare un leggero aumento della spesa che è già finanziato con il riparto del FSN.
Efficacia	Non supera le criticità.
Equità	Nessun impatto.
Differenze territoriali	Non riduce le differenze territoriali.
Fattibilità	Realizzabile con facilità.
Welfare futuro	Non risolve i problemi.

I ipotesi 2: modulare i centri diurni

MODULARE I CENTRI DIURNI: **MODIFICA DELLA QUOTA SANITARIA** **DELL'ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE.**

L'ipotesi prevede che la quota sanitaria dei centri diurni per anziani non autosufficienti salga al 60% e scenda invece al 40% nei centri diurni per gli anziani a rischio di istituzionalizzazione.

Attualmente è prevista una ripartizione al 50% dei costi per gli anziani non autosufficienti. Nella realtà non vengono accolti solo i non autosufficienti.

I ipotesi 2: le ragioni

- L'ipotesi si pone l'obiettivo di:
 - Migliorare l'effettiva rispondenza dei costi alla loro natura sociale o sanitaria e, nel contempo, ridurre gli oneri a carico degli assistiti non autosufficienti
 - incentivare l'uso da parte degli anziani non autosufficienti del CD al fine di contrastare i rischi di istituzionalizzazione
 - includere anche i soggetti parzialmente non autosufficienti ma a rischio di ricovero seppur con quote di spesa diverse.
 - di migliorare l'appropriatezza nell'uso del servizio.

I ipotesi 2 CD: modulare i centri diurni

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	9,8 milioni di euro.
Efficacia	Interventi più appropriati e quindi più efficaci. Più tutela per i soggetti a rischio di istituzionalizzazione.
Equità	Intervento più equo perché considera diversamente persone in condizioni differenti.
Differenze territoriali	Impegna tutte le regioni a riorganizzare l'assistenza semiresidenziale.
Fattibilità	Richiede una riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale. Tempi medi.
Welfare futuro	Effetti da verificare nel tempo. Se l'iniziativa incide, come previsto, sul rischio di istituzionalizzazione l'impatto sarà molto positivo.

Ipotesi 3-4: Sviluppo dei centri diurni

Obiettivi: Crescita dei centri diurni per anziani fino a 1,50 posti per mille anziani entro il 2012 e fino a 1,87 entro il 2015. (Commissione LEA 2007).

Nel tempo il maggior investimento nell'assistenza semiresidenziale dovrebbe contribuire a contenere la spesa per l'assistenza residenziale.

Per i centri diurni per disabili non viene previsto nulla visto che i dati a disposizione non giustificano tali interventi.

Ipotesi 3-4: Sviluppo dei centri diurni

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	Maggior costo sanitario per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a € 46.091.245; nel 2015 pari a € 86.327.395. Maggior costo sociale per i centri diurni per anziani: nel 2012 pari a 25.008.463; nel 2015 pari a € 59.934.860.
Efficacia	Impatto molto positivo sugli assistiti per il minor rischio di istituzionalizzazione e sulle famiglie, che durante il giorno sarebbero sgravate dell'onere dell'assistenza.
Equità	Impatto positivo perché aumenterebbero le possibilità per tutti di poter usufruire di questo servizio.
Differenze territoriali	L'adozione di obiettivi relativi all'offerta ridurrebbe nel tempo le differenze territoriali.
Fattibilità	L'adozione di obiettivi relativi all'offerta richiede uno sforzo organizzativo e finanziario delle regioni e tempi di realizzazione medio-lunghi.
Welfare futuro	Una rete adeguata di servizi semiresidenziali di assistenza agli anziani e di sollievo per le famiglie è indispensabile. Nel lungo periodo la maggior spesa potrebbe produrre dei risparmi nella per l'assistenza residenziale.

L'Assistenza semiresidenziale: Le stime della maggior spesa sanitaria

Ipotesi	Maggior costo sanitario (mln €)	Note
1. Nessun cambiamento	0	L'intervento può determinare un leggero aumento della spesa che è già finanziata con il riparto del FSN
2. Modulazione dei centri diurni	9,8	Di cui 8,1 mln di euro per i centri diurni per anziani e 1,7 per i centri diurni per disabili.
3. Sviluppo dell'offerta a 3 anni	46,1	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
4. Crescita dell'offerta a 6 anni	86,3	Solo centri diurni per anziani. Nell'ipotesi è compresa anche la diversa ripartizione dei costi 60% e 40% di cui all'ipotesi 2.
Spesa massima	88	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza semiresidenziale. Di cui 86,3 mln di euro sono relativi ai centri diurni per anziani a cui si aggiungono 1,7 mln di euro relativi ai centri diurni per i disabili.

Parte terza: Il costo complessivo delle ipotesi di sviluppo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale

Indice

1. Il percorso attuativo
2. La spesa complessiva delle ipotesi

Percorso attuativo

- Tutte le ipotesi comportano de campi di intervento: 1) la modificazione delle regole di ripartizione della spesa per i servizi; lo sviluppo dell'offerta dei servizi.
- La loro attuazione a livello nazionale passa dunque attraverso una modifica del DPCM 29/11/2001 sui LEA da approvare in Conferenza Stato-Regioni nonché in Conferenza Stato-Città-autonomie locali.
- L'attuazione poi spetta alle regioni. Importante sarà il monitoraggio statale visto lo stato di attuazione attuale di quella parte dei LEA.
- Lo sviluppo dell'offerta dei servizi, invece, chiama in causa direttamente le regioni. E' bene però che lo Stato mantenga un ruolo di "indirizzo tecnico" e di monitoraggio che può essere svolto solo se gli obiettivi vengono legati all'adempimento dei LEA.

Le stime complessive di maggior spesa sanitaria

IPOTESI	MAGGIOR COSTO (milioni di euro)	NOTE
Assistenza residenziale	2.234	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza residenziale. Di cui 2.168 mln di euro sono relativi alla ipotesi 4 a cui si aggiungono 66 mln di euro relativi alla modifica delle quote sanitarie per l'assistenza residenziale per i disabili.
Assistenza semiresidenziale	88	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza semiresidenziale. Di cui 86,3 mln di euro sono relativi ai centri diurni per anziani a cui si aggiungono 1,7 mln di euro relativi ai centri diurni per i disabili.
TOTALE	2.322	Comprensiva di tutte le ipotesi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale. Il 20% circa del totale andranno a ridurre gli oneri sostenuti dagli utenti.

Conclusioni

- Nel sistema attuale dell'assistenza residenziale e semiresidenziale permangono le seguenti criticità:
 - Basso livello dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali;
 - Elevata spesa familiare per l'assistenza residenziale a fronte di un basso livello di spesa pubblica con particolare riferimento a quella sanitaria;
 - Qualche incoerenza nel complesso della normativa nazionale sulla ripartizione della spesa per i servizi sociosanitari e soprattutto significative differenze negli atti applicativi regionali.
- Le proposte presentate, anche modulabili, puntano a superare quelle criticità tenendo conto della loro praticabilità organizzativa e finanziaria.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

